



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – Uniceub
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FACS
CURSO DE PSICOLOGIA

CÂNCER DE MAMA: UM ENFOQUE PSICOSSOCIAL

BRASÍLIA/DF
JUNHO/2004

CRISTIANE ROCHA BRANDT

**CÂNCER DE MAMA: UM ENFOQUE
PSICOSSOCIAL**

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, na Faculdade de Ciências da Saúde – FACS, sob a orientação do professor Fernando Luiz González Rey.

BRASÍLIA/DF
JUNHO/2004

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família que com muito amor, carinho e dedicação sempre acreditaram e torceram por mim, além de serem pessoas tão especiais na minha vida.

AGRADECIMENTO

Agradeço ao orientador Fernando González Rey pela atenciosa supervisão
prestada e por sua integridade profissional

Agradeço aqueles que comigo compartilharam
Seus amores e temores, suas histórias e suas vidas...

Agradeço aqueles que me permitiram
Ilustrar com seus sonhos e histórias este trabalho
De modo a torná-lo mais acessível e enriquecedor
E de comprovar que decididamente não estamos sós.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
1.1 Problemas e objetivos	7
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	8
2.1 História do câncer de mama.....	8
2.2 Aspectos clínicos e gerais do câncer de mama.....	11
2.3 Aspectos psicológicos do câncer.....	16
2.4 Aspectos sociais do câncer de mama.....	21
2.4.1 No contexto familiar.....	21
2.4.2 No âmbito da sexualidade.....	26
2.5 Aspectos psicossociais do câncer de mama.....	31
3. METODOLOGIA	35
4. DISCUSSÃO	41
5. CONCLUSÃO	47
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
7. APÊNDICE	52

RESUMO

O presente estudo inicia-se com a história do câncer de mama desde 3.000 A.C., aproximadamente, até os tempos atuais. São abordados diferentes tópicos referentes ao câncer de mama: os aspectos gerais e clínicos; os aspectos psicológicos; os aspectos sociais dentro do contexto familiar e no âmbito da sexualidade; e, finalmente, os aspectos psicossociais da doença. Para atingir os objetivos delimitados, foi realizada uma pesquisa qualitativa, através da utilização de um estudo de caso, a fim de avaliar as implicações psicológicas e sociais de uma doença crônica estigmatizada que traz consigo uma série de preconceitos.

INTRODUÇÃO

O presente estudo inicia-se com a história do câncer de mama desde 3.000 A.C., aproximadamente, até os tempos atuais. São abordados diferentes tópicos referentes ao câncer de mama: os aspectos gerais e clínicos, definidores dos tipos e respectivos tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, imunoterapia e hormonioterapia); os aspectos psicológicos, abordando a morte e as fases do morrer; os aspectos sociais dentro do contexto familiar, com ênfase na relação do enfermo com seu cônjuge, e no âmbito da sexualidade, abordando o sentimento da mulher após uma mastectomia; e, finalmente, são relatados os aspectos psicossociais da doença.

A fim de atingir os objetivos propostos, optou-se pela realização de uma pesquisa qualitativa, através da utilização de um estudo de caso, que permitiu à pesquisadora um maior aprofundamento e uma ampliação de seu campo de análise.

Isto porque o estudo de caso permite a investigação de um fenômeno contemporâneo da vida real do indivíduo, como também esclarece sobre as interferências das características individuais e do contexto sócio-familiar nos acontecimentos da vida da paciente em particular. Soma-se a isso a possibilidade de articulação da teoria com os dados obtidos durante a realização do estudo, ampliando, assim, a análise de novos elementos, uma vez que o conhecimento não é algo acabado, mas sim algo que se constrói a cada instante em nossas vidas.

Espera-se, assim, avaliar as implicações psicológicas e sociais de uma doença crônica estigmatizada que traz consigo uma série de preconceitos.

Problema:

As conseqüências do câncer de mama na relação conjugal, familiar e na vida social.

Objetivos:

- Estudar a importância das relações afetivas no desenvolvimento da identidade da paciente com câncer;
- Explicar o funcionamento da sexualidade após o câncer de mama;
- Identificar os processos envolvidos no apoio social à paciente com câncer de mama.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.0 História do câncer de mama

Kushner (1981) relata que a primeira referência sobre o câncer de mama conhecida na história médica foi encontrada no “Edwin Smith Surgical Papyrus”, escrito no Antigo Império do Egito, que se estendeu de 3000 a 2500 a.C. (ninguém sabe quem escreveu estes velhos pergaminhos; Smith foi o arqueólogo que os descobriu).

A primeira menção na história da Medicina sobre o câncer de mama – feminino ou masculino – é o papiro de Smith. Mesmo os oito casos descritos no papiro não são chamados de câncer de mama, mas de “tumores salientes” e foram encontrados em homens. No Egito, em outros papiros médicos, escritos 1500 anos mais tarde (os chamados de George Ebers), prescrevia-se tratamento por faca e fogo para tumores adiposos e abscessos.

Há também referências ao câncer de mama na antiga Mesopotâmia, onde sementes de papoula eram usadas para aliviar a dor durante a cirurgia.

Depois, nas crônicas da Grécia antiga, Heródoto conta o caso de Atossa, filha do rei persa Ciro, o Grande, e esposa de Dario I. Ela teve um tumor na mama e tentou escondê-lo de todos até que, finalmente, segundo Heródoto, o tumor ulcerou e espalhou-se até que ela não mais pudesse esconder o problema. Atossa procurou então o médico da Corte, Demócedes, e ele a curou

Hipócrates, o pai da Medicina, que nasceu cerca de 460 a.C. e que foi mais ou menos contemporâneo de Heródoto, tornou bem clara sua opinião sobre todos os cânceres: eram todos incuráveis. Em sua monumental enciclopédia de setenta volumes, escreveu: “estas doenças que a Medicina não

cura são curáveis pela faca. As que a faca não cura são curáveis pelo fogo. As que o fogo não cura devem ser consideradas incuráveis.” (Kushner, 1981).

Durante quinhentos anos as teorias de Hipócrates reinaram no mundo da Medicina, de forma suprema e sem desafio. Então, no primeiro século d.C., um diletante romano, Aulus Cornelius Celsus, mudou sua atenção da Agricultura, Ciência Militar, Leis e Filosofia para a Medicina, especialmente para o estudo do câncer. Celsus enfatizou que a “irritação do câncer através de uma intervenção imprudente poderia pôr a vida do paciente em perigo.”

Há quase 2000 anos atrás, Celsus colocou-se severamente contra a remoção dos músculos peitorais, se a mastectomia fosse feita. Sua influência foi suficientemente grande para, nos chamados “anos obscuros da Medicina”, os cirurgiões terem deixado intactos os músculos peitorais. Seu tratamento parece ter sido baseado na idéia de que num dado momento crítico a massa benigna (que ele chamou de cacoethe) torna-se maligna. Uma vez que ele não sabia exatamente quando a mudança poderia ocorrer, a regra de Celsus era colocar no seio medicamentos corrosivos e cauterizantes, tão logo fosse notado o sintoma. Se o sintoma desaparecesse e o estado da paciente melhorasse, ele supunha que o cacoethe tinha sido detido em tempo. Entretanto, se não houvesse mudança ou o estado da paciente piorasse, Celsus achava que isto significava que o caroço já havia se tornado maligno e ele nada mais fazia.

Um século depois de Celsus, o famoso médico romano Galeno apareceu em cena e desafiou a imaginação de seus colegas com sua teoria dos quatro humores sobre saúde e doença. Dizia que o corpo era governado pelos quatro humores da bile negra, amarela, muco e sangue, e numa pessoa saudável os quatros estavam em perfeito equilíbrio (Kushner, 1981).

Galeno dizia que o câncer era causado por um excesso de bile negra e que deveria ser tratada com dieta especial e purgativo. Mas havia exceções. Um

tumor de mama, por exemplo, usualmente era extirpado se espalhasse facilmente e não estivesse num ponto fixo. Durante este período, além da cirurgia, eram usados vários outros medicamentos. Os mais comuns eram os corrosivos, com os quais se cauterizava o câncer. Foi Galeno quem chamou a doença de câncer – nome em latim para caranguejo – porque a maioria dos tumores malignos se parecem com este crustáceo.

Até que o primeiro microscópio fosse construído, em 1590, era impossível saber muito sobre a verdadeira natureza da doença. Tudo que se podia fazer era observar, classificar e teorizar. O tratamento era uma repetição do que se fizera antes num caso similar, pura adivinhação ou, mais exatamente, uma combinação dos dois (Kushner, 1981).

Isto era especialmente verdadeiro para o câncer. Por definição, é um distúrbio que envolve o crescimento e a reprodução celular, e ninguém podia começar a entendê-lo até que o microscópio permitisse aos cientistas perscrutar os mistérios das células e aprender como agiam. Literalmente, todo o progresso no aprendizado do câncer está relacionado diretamente com o desenvolvimento de melhores microscópios.

A técnica do corte de congelação para a rápida biópsia foi introduzida em 1818, por um médico holandês, Pieter de Riemer, e depois da era da anestesia tornou-se uma dádiva no tratamento do câncer do seio (Kushner, 1981).

Em 1846, um dentista chamado William Morton usou com sucesso um sedativo durante uma operação no Massachusetts General Hospital, em Boston. Ele inventou um tipo inicial de clorofórmio. Em 1865, Pasteur desenvolveu sua teoria sobre doença e, logo depois, Joseph Lister presenteou o mundo com um composto chamado antisséptico. Estes avanços mudaram a natureza da cirurgia quase da noite para o dia, e uma nova era abriu-se para as pacientes do câncer de seio (Kushner, 1981).

Em 1867, Charles H. Moore, um médico da Inglaterra, começou a realizar com certo sucesso o que agora consideramos uma extensa mastectomia radical. Ele removia a mama, os gânglios do pescoço, peito, axilas, alguns músculos e até algumas costelas.

Depois de 1889 o conhecimento tecnológico começou a vir rapidamente. Foi descoberto o raio X e não demorou muito para os médicos compreenderem que esta força estranha, poderosa e invisível era letal para as células cancerosas. Em 1913, era rotina dar uma carga de raio X após a cirurgia de câncer, só para garantir que as restantes porções malignas fossem destruídas (Kushner, 1981).

No século passado começou-se a pesquisar uma nova droga contra o câncer. Foi durante a Segunda Guerra Mundial, e através da pesquisa, que se produziu a mostarda nitrogenada. Naquele momento iniciava-se a era da quimioterapia.

Atualmente, o desenvolvimento das instalações dos centros cirúrgicos e as modernas técnicas de detecção precoce ampliaram a sobrevida dos portadores do câncer de mama.

2.0 Aspectos clínicos e gerais do câncer de mama

Camargo & Marx (2000) afirma que o câncer é hoje a terceira principal causa de óbitos no mundo, com cerca de 6 milhões de pacientes atingidos, de acordo com dados divulgados pela OMS (Organização Mundial da Saúde). Isto representa 12% dos casos de morte anualmente.

No Brasil, o câncer de mama atinge cerca de 33.000 mulheres por ano, é o primeiro lugar nos casos de câncer, segundo o Instituto Nacional do Câncer do Rio de Janeiro e o Hospital do Câncer de São Paulo (Camargo & Marx, 2000).

Kushner (1981) considera que para um melhor entendimento do câncer, é importante saber como a célula normal trabalha. As células são porções microscópicas de um material gelatinoso chamado protoplasma. Dentro da célula há uma membrana que filtra certos materiais para dentro e outros para fora. Esparramadas pelas células, há várias fábricas microscópicas que extraem tudo que necessitam dos nutrientes que são filtrados através de uma membrana da corrente sanguínea. A função mais importante da célula é produzir energia para sustentar funções do órgão onde a célula está situada, e excetuando as células dos músculos e nervos, para se reproduzirem pela mitose ou meiose.

Se tudo está normal, as células se duplicam e se dividem igualmente. As células-filhas se parecerão e se comportarão exatamente como a célula-mãe. Muitas vezes ocorrem mutações das células, e nesse caso a formação do par não acontece. Se a mutação é do gene que regula o crescimento e a reprodução da célula, o resultado pode ser o câncer. Uma célula perde o controle sobre sua máquina de reprodução e nasce um tumor maligno ou neoplasma. (Segal, 1995)

Os tumores podem ser benignos ou malignos. Os benignos não se deslocam para outros órgãos ou tecidos e geralmente são de fácil remoção por cirurgia. Os malignos podem migrar para outros sistemas (metástase) e nem sempre são removidos por cirurgia, tendo-se que recorrer a outros tipos de tratamento.

Segundo Camargo & Marx (2000), “as células cancerosas apresentam capacidade de invadir o tecido normal e de disseminar para locais distantes; esta característica é responsável, em última análise, pela morte de paciente,

pois o tumor primário, por ele mesmo, é geralmente suscetível à extirpação cirúrgica.”

Os tumores malignos se disseminam:

Por extensão direta: o tumor se desenvolve dentro do tecido de origem, podendo estender-se diretamente além dos limites de determinado órgão para envolver tecidos adjacentes.

Por disseminação metastática: por via linfática e venosa.

Os órgãos mais comumente envolvidos pelas metástases são os linfonodos regionais, pele, osso, fígado, pulmão e cérebro.

O carcinoma de mama é uma doença complexa e heterogênea, com formas de evolução lenta ou rapidamente progressivas, dependendo do tempo de duplicação celular e outras características biológicas de progressão. É também a neoplasia mais comum nas mulheres. As lesões neoplásicas da mama podem se originar em qualquer uma das estruturas que a compõe: epitélio glandular, mesênquima e epiderme.

Os carcinomas de mama são classificados em:

Não invasivos: é o primeiro estágio em que o câncer não hematopoético pode ser classificado. Nesse estágio, as células cancerosas estão somente na camada na qual elas se desenvolveram e ainda não se espalharam para outras camadas do órgão de origem.

Invasivos: nessa fase, o câncer invade outras camadas celulares do órgão e invade e ganha a capacidade de se disseminar para outras partes do corpo.

Há, no câncer de mama, estágios iniciais (0, I e II) e estágios avançados (III e IV). O **estágio 0** significa que as células de câncer estão presentes ao longo da estrutura de um lóbulo ou um ducto, ainda não se espalharam para o tecido gorduroso vizinho. Nos **estágios I e II**, o câncer expandiu-se dos lóbulos ou ductos para o tecido próximo à mama. No **estágio II**, algumas vezes, os linfonodos podem estar envolvidos. O **estágio III** é o câncer de mama localmente avançado, em que o tumor pode ser maior que 5 cm de diâmetro e pode ou não ter se espalhado para os linfonodos ou outros tecidos próximos à mama. O **estágio IV** é o câncer metastático. Isso significa que o câncer espalhou-se para outras partes do corpo, tais como os ossos, o pulmão, ou o cérebro.

No que se refere a tratamentos que visam à cura, destacam-se:

Cirurgia: pode ser realizada com o objetivo de extração do tumor ou biópsia ou verificação da ocorrência de metástases nas proximidades. Quase sempre, necessita de internação hospitalar. É indicada para 70% a 80% dos pacientes, constituindo-se a maior parte do tratamento para diversos tipos de câncer. Há dois tipos de cirurgia: as conservadoras e as não conservadoras;

Quimioterapia: a palavra quimioterapia é derivada da combinação “química” e “tratamento”, e representa basicamente o uso de drogas ou medicamentos para o tratamento de câncer (Segal, 1995). A quimioterapia torna-se significativa arma para combater a doença quando a mastectomia não é suficiente para eliminá-la, ou quando muitos gânglios se acham presentes nas axilas. Pode-se usar esse método tanto antes da cirurgia, para reduzir o tamanho do tumor, como após o tratamento cirúrgico. É o tratamento que mais acarreta efeitos colaterais, como vômitos, náuseas, alopecia, perda de peso e de cabelo, fraqueza, anemia, parada da menstruação, e entre outros;



Radioterapia: a radiação após a mastectomia tem o objetivo de bloquear a capacidade de divisão celular, e com isso a célula morre. Pode ser usada também para diminuir o tamanho do tumor e torná-lo mais acessível, facilitando o momento cirúrgico. A radiação também diminui a dor provocada pelo câncer de mama, inclusive quando a doença está disseminada (Segal, 1995). Os raios são inodoros, invisíveis e não causam dor durante a aplicação. Os efeitos colaterais gerais são reações na pele, cansaço, queda de cabelo e alterações do apetite. Os efeitos específicos estão relacionados com a região em que a radiação está sendo aplicada;

Hormonioterapia: é aconselhada nos casos em que o bloqueio da produção de certos hormônios é necessária, pois influi na proliferação do cancer, ou em casos em que hormônios são necessários para antagonizar o hormônio que estimula o crescimento do tumor. Como efeitos colaterais, podem surgir sinais de menopausa ou andropausa precoces, disfunções sexuais e ressecamento vaginal;

Imunoterapia: muitas pesquisas em imunologia são agora baseadas na suposição de que um sistema imunizador deficiente é útil para o crescimento do câncer e que o fortificar de algum modo seria benéfico. Cientistas usam várias bactérias como BCG (que é uma substância que contém o bacilo da tuberculose enfraquecido), juntamente com drogas anticancerígenas, na esperança de ativar os linfócitos para lutarem contra as células cancerígenas e invasores. Os objetivos a longo prazo, na pesquisa sobre o câncer, são algum tipo de vacina de segurança para prevenção e alguma forma de reforçar o sistema imunizador do paciente para o tratamento. O sistema imunizador tem um papel importante na prevenção do câncer (Segal, 1995).

Todos os tratamentos contam também com a resposta do indivíduo, ou seja, sua resposta imunológica e disposição para adesão.

A importância do diagnóstico precoce está em tentar evitar a disseminação das células malignas pelo corpo. Quando o câncer de mama é detectado e tratado precocemente a mulher tem maiores chances de recuperação.

3.0 Aspectos psicológicos do câncer

A morte é um tema que tem sido abordado sob diversos aspectos. No que se refere ao aspecto psicológico, tem sido abordada nos problemas que surgem durante a vida, como por exemplo, a descoberta de uma doença crônica como o câncer.

As atitudes que a pessoa assume diante da proximidade da morte estão relacionadas não só com o tipo de educação e experiências vividas, mas também com o contexto sócio-cultural em que se encontra. Conforme refere Matos:

“civilizações mais antigas como a egípcia, a chinesa, a mongólica, a tibetana e outras, entre povos ‘primitivos’ da África, os índios do continente americano, os indus e outros povos da Ásia, o homem concebe a morte como outro aspecto da vida. Aqui nestas culturas encontramos um conceito geral, ou seja, o de que uma pessoa já tenha vivido muitas vidas antes desta que está vivendo agora e que muitas vidas virão depois desta. Assim a morte é tratada como uma parte muito importante da vida, como um precioso amigo.”

Observa Matos que no mundo ocidental a morte parece ser o maior tabu a ser enfrentado. O homem do ocidente vê a morte como uma situação de separação, desaparecimento de si mesmo, considera também a morte como um fracasso, perda de “status”, e que, portanto, deverá evitar. Tais atitudes o levam a lutar obsessivamente para conservar seu corpo físico.

Na literatura psicológica, há concordância de que o medo de morrer não é comum a todos os povos. Este medo não é psicologicamente homogêneo, há variadas atitudes frente à morte. O homem tem medo de que a morte seja o fim, tem medo de perder o controle e a consciência; associa o medo da morte à solidão, ao vazio e à separação dos entes queridos; tem medo do desconhecido, da punição, do que possa ocorrer com os dependentes, medo de falhar e fracassar.

Problemas psicológicos relacionados com a preocupação a respeito da morte, como depressão, angústia, insônia, agressividade, medo, raiva, sentimento de perda e culpa foram demonstrados por diversos autores. Alguns alegam que o homem em todas idades tem medo da morte, sendo, contudo, mais difícil aceitá-la entre os doentes com prognóstico desfavorável.

Kübler-Ross (1969) estudou o sucedido entre a notícia da doença fatal e a ocorrência da morte. Em sua obra intitulada “Sobre a morte e o morrer”

apresentou as características comportamentais das pessoas em cada fase do morrer que são:

Primeira fase: **negação e isolamento** - nesta fase inicial a pessoa ao tomar conhecimento da notícia fatal pode apresentar dificuldade em aceitá-la. Nega-se e se isola ao mesmo tempo. Esta negação é observada através de expressões verbais emitidas como: “não, eu não, não é verdade!”. Muitas vezes, não acredita nos resultados dos exames laboratoriais realizados; pensa que estão errados, que são de outra pessoa, chegando a solicitar repetição dos exames feitos anteriormente e reavaliação do caso. Quanto ao isolamento, este é notado quando a pessoa fica cabisbaixa e pouco comunicativa.

Segunda fase: **ira** – à medida que o tempo passa, negação e isolamento cedem lugar a outro comportamento, rotulado de ira. Ele ocorre principalmente quando o indivíduo passa a acreditar no diagnóstico feito a seu respeito. O comportamento de ira aparece sob forma de inveja, raiva e ressentimento. O paciente sofre pelo fato de que os outros permanecerão vivos, com saúde, ao passo que ele está com os dias contados. Tais comportamentos são verbalizados através de expressões tais como: “por que eu ser portadora de câncer?”, “por que eu e não o senhor x que já é viúvo e com 85 anos?”, “justamente comigo isto teve que ocorrer, eu que sou tão pacato, que não devo nada a ninguém?”, “por que Deus é injusto comigo?”

Terceira fase: **barganha** – esta fase é a menos conhecida e aparece apenas por curtos períodos de tempo. Se a pessoa foi incapaz de encarar os fatos tristes que ocorreram no primeiro período, se magoou com as pessoas e com Deus na segunda fase, pode nesta terceira fase pensar que será bem sucedida ao fazer algum tipo de acordo que vise adiar o inevitável acontecimento. Este comportamento denominado de barganha pode ser notado em expressões verbais como: “já que Deus decidiu tirar-me deste mundo e não

atendeu aos meus apelos irados, Ele bem que podia ser mais camarada comigo, se eu lhe pedir mais suavemente”.

Quarta fase: **depressão** – o paciente desenganado já não pode mais negar sua doença quando tem que se submeter a mais uma cirurgia, a mais uma hospitalização, quando começa a apresentar mais sintomas ou ficar fraco e abatido. Sua fúria logo será substituída por um sentimento de grande perda. Esta perda pode ter muitos significados. Assim, uma mulher com câncer no seio pode reagir negativamente diante das alterações em sua aparência pessoal, apresentando estado de depressão. Esta circunstância pode se agravar quando o excesso de faltas ou a incapacidade de exercer certas funções acarreta o desemprego da paciente.

Quinta fase: **aceitação** – a aceitação não é sinônimo de que o paciente entra num estágio feliz. É quase que uma fuga de sentimentos. É como se a dor tivesse terminando, os esforços superados e chegado o momento para “o descanso final”. Este é um período em que a família precisa de muita ajuda e apoio. À medida em que o paciente consegue uma certa paz e aceitação, seu círculo de interesse diminui. Ele deseja ser deixado só, ou, pelo menos, não ser excitado por novidades e problemas do mundo exterior.

Esperança: a esperança, segundo Kübler-Ross (1969), não deve ser entendida com o fato de a pessoa acreditar em cura milagrosa ou descoberta de um medicamento ou terapia eficaz. A esperança, no caso, é expressa como um desejo positivo de viver, uma tendência para a vida. Segundo o autor, a esperança persiste em todos os estágios descritos acima.

Em virtude do sofrimento do doente de câncer, é necessária uma intervenção psicológica para amenizar esse sofrimento. Um dos problemas que os clínicos enfrentam na oncologia é a multiplicidade e simultaneidade de sofrimentos patentes nos seus pacientes. Aqueles que se debatem com esta

realidade sabem que estes doentes sofrem: porque têm uma doença grave (por vezes fatal); porque esta doença os arrasta para limitações amplas da sua funcionalidade; porque estas limitações se expandem aos territórios da interação familiar, profissional e social; porque os tratamentos necessários induzem efeitos colaterais; porque em alguns casos é imperioso recorrer a cirurgias mutilantes; etc. O aspecto preocupante reside no fato de as reações dos pacientes serem autodebilitantes, uma vez que o funcionamento depressivo debilita o funcionamento imunológico. Sendo a reatividade imunológica tão necessária ao combate contra as células cancerígenas e contra a sua reprodução, facilmente se compreende a qualidade negativa da seqüência originada no âmbito emocional dos doentes oncológicos.

A consulta psicológica destina-se à avaliação e/ou acompanhamento de casos individuais problemáticos relacionados com: dificuldades nos processos de confronto e adaptação à doença oncológica; dificuldades na gestão do *stress* associado a exames médicos de controle; preparação para a cirurgia e gestão da ansiedade pré-operatória; dificuldades psicológicas e relacionais, especificamente ligadas a mutilações corporais (mastectomia); problemas de adesão aos tratamentos, em especial à quimioterapia.

As preocupações específicas mais freqüentes relacionam-se com o medo da recidiva, da dor e da morte; medo da mutilação corporal relacionada com a cirurgia; interferência da doença e do tratamento com atividades; dificuldades práticas, tais como discriminação no trabalho e problemas nas relações sociais; problemas de comunicação com a família.

A Psico-Oncologia foi definida como o campo de intervenção nas perturbações psicossociais associados ao diagnóstico e ao tratamento no doente com câncer e na sua família, assim como nos fatores comportamentais que afetam o risco de desenvolvimento da doença e a sobrevivência à mesma. A evolução mais freqüente focaliza predominantemente na melhoria da qualidade

de vida dos doentes com cancro (Dias & Durà, 2001). A tarefa do psicólogo deverá ser a de reduzir ao máximo os problemas dos doentes de câncer, numa tentativa de contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida.

4.0 Aspectos sociais do câncer de mama

4.1 No contexto familiar

Como resultado do progresso científico, a incidência das investigações tem-se centrado essencialmente na etiologia do cancro e nas estratégias de adaptação do indivíduo à doença, negligenciando a família enquanto palco de interações relacionais.

O câncer de mama desagrega o funcionamento psicossocial da doente, conduzindo à necessidade de readaptação das suas vivências intrapsíquicas, uma vez que se trata de uma doença potencialmente mortal, que estigmatiza a doente.

O prognóstico é geralmente incerto e os tratamentos extremamente agressivos, podendo mesmo provocar mutilações ou cicatrizes físicas e psicológicas irreversíveis. Desta forma, a mulher está exposta a alterações na sua imagem corporal, o que, eventualmente, implica mudanças na sua vida quotidiana, familiar e social.

Dias & Durà (2001) considera que paralelamente ao desenvolvimento da Psico-oncologia, sedimentou a idéia de que o doente não é um “navegador solitário” no processo de ajustamento psicossocial a sua doença, sendo a família considerada como um “agente de extensão” da prestação de cuidados ao doente oncológico de suporte social próximo.

Nos finais da década de 70 e no decurso dos anos 80, os estudos focalizaram-se na relação entre família e doença, passando a família a ser considerada como “unidade de tratamento”, ao invés do paciente, da doença ou dos membros que constituem a família. O núcleo familiar poderá ser visto como um organismo dinâmico e a doença que afeta um dos membros da família altera e é alterada pela dinâmica intrínseca do processo familiar. Assim, os membros da família poderão ser considerados como “pacientes de segunda ordem” ou como “outros significativos”, eleitos pelo doente como verdadeiros aliados na estratégia de ajustamento psicossocial à sua doença. O sistema familiar e os membros que os constituem revelam-se como alicerces indestrutíveis ao nível do suporte psicossocial (Dias & Durà, 2001).

A interação dos intervenientes no funcionamento quotidiano revela-se de grande importância, nomeadamente quando, na conceitualização da prática discursiva partilhada entre os elementos da família, se identifica, por vezes, um diálogo de constrangimentos estruturais e situacionais que implicam na desintegração familiar e na inquietação sobre acontecimentos futuros, entre os quais se salientam receios pessoais, familiares, sociais, sintomáticos, laborais, financeiros e religiosos, bem como existenciais e de dependência.

Das diferentes preocupações, reforçam-se as pessoais que, aliadas à auto-imagem, nos remetem para medos ou fantasias mais recalcadas, capazes de comprometer a relação conjugal, da qual a sexualidade, a intimidade, a comunicação e a alteração de papéis, tendem a ser o foco destrutivo do comportamento em relação ao humor e aparência.

A doente oncológica e o cônjuge manifestam em conjunto preocupações pessoais e sintomáticas. Já os filhos, sobretudo os jovens adultos, revelam maiores inquietações sintomáticas, existenciais e religiosas, bem como de dependência social. Esses pressentimentos negativos podem não surgir numa fase imediata, ou seja, varia de acordo com a trajetória física da doença. Numa

fase inicial, os problemas poderão ser significativamente diferentes dos de uma fase avançada.

Na fase inicial, a mulher preocupa-se essencialmente com a educação futura dos filhos e com as perturbações emocionais e conseqüências profissionais. Já para as mulheres com câncer avançado, a restrição de atividades e os efeitos colaterais do tratamento prendem a sua atenção, a par do medo da progressão e da recorrência, seguidos pelo receio ligado ao futuro da sua família. Porém, na partilha destas preocupações encontra-se o parceiro, que revela freqüentemente medo da doença oncológica, das alterações emocionais, das restrições de atividades e, principalmente, da morte da mulher.

O impacto do câncer de mama é mais ou menos intenso mediante a sensação de controle que a família evidencia em relação à doença que, muitas das vezes, é contraposto pela percepção de impotência face à mesma. As estratégias de adaptação são acentuadas por sentimentos de ambivalência, juntamente por culpabilidade, vergonha e pena em relação à doente. As manifestações emocionais a que assistimos são avaliadas pela família mediante as contingências do problema e as vivências relacionadas com as transições naturais do seu ciclo vital. Estas têm um dever duplo: o de defender as exigências da doente e o de responder às necessidades dos restantes elementos, criando uma suscetibilidade para a interdependência. Perante a existência de patologia oncológica, os papéis familiares são reavaliados, readquiridos e legitimados, o que requer uma reestruturação de responsabilidades e funções entre elementos da família, e não, simplesmente, uma questão de um dos cônjuges substituir, temporariamente, o outro.

Os estados emocionais são também evidentes na família, sobressaindo o cônjuge como elemento conciliador e responsável por quatro áreas essenciais:

- relação conjugal;

- gestão da função e dos papéis;
- estado emocional, para além do papel de mediador entre a doença e os filhos;
- comunicação entre a doente e os profissionais de saúde.

Nesta perspectiva, consideram-se quatro subsistemas: individual, nuclear, conjugal e filial. A alteração de um destes irá refletir nos restantes, positiva ou negativamente, uma vez que todos eles necessitam de suporte emocional e reestruturação de novas formas de comunicação interpessoal no sentido de promover a formação de um self-condutor familiar imunogênico, face às respostas e exigências do quotidiano familiar (Dias & Durà, 2001).

Na tentativa de superproteger a doente oncológica e para a sua própria autoproteção, muitas famílias reduzem o padrão de comunicação entre seus membros e criam uma verdadeira “conspiração de silêncio”, documentada em muitos estudos científicos que evidenciam os efeitos negativos dos padrões comunicacionais que se instalam no seio da família. Estudos realizados com cônjuges de mulheres mastectomizadas, concluem que estes, embora se revelem profunda e emocionalmente envolvidos, escondem suas preocupações. Nesta coreografia de emoções, a preocupação ocultada do cônjuge origina sentimentos de rejeição e insensibilidade por parte da doente, imprimindo distanciamento e desconfiança no casal.

Se parece ser consensual que o sucesso ou insucesso da relação conjugal pode estar relacionado com o suporte social, nível sócio-econômico, ansiedade, depressão e educação dos cônjuges, talvez se pode considerar estes fatores como preditores da evolução ou manutenção da estrutura interna da família, onde a emergência das renegociações de papéis, funções e estruturas são inevitáveis. Por outro lado, o efeito negativo das readaptações funcionais pode ser contaminado pela depressão do companheiro, quer na fase de tratamento, quer na de remissão da doença. Muito embora o choque

emocional causado no primeiro contato com a doença seja devastador para ambos os cônjuges e conduza, por vezes, à separação do casal, no entrelaçar destas dificuldades, a doença, na maior parte dos casos, acaba por fortalecer a relação no que diz respeito à comunicação e à intimidade.

Pode-se considerar que a doença oncológica não implica necessariamente na falência da relação conjugal, mas numa transparência e emergências de vivências conseguidas até então. De fato, no decurso da doença é possível assistir à fluência de dificuldades conjugais em ciclos fragilizados, o que pode conduzir à efetiva separação do casal. No entanto, esta fica a dever-se, na maioria das vezes, a conflitos já manifestos numa fase anterior à doença.

No elenco desses problemas, revela-se que a intimidação comunicacional sobre o diagnóstico e prognóstico da evolução da doença e a conspiração silenciosa, que pode desencadear sentimentos de angústia e medo e promover o afastamento e a desconfiança na díade conjugal, embora seja suscetível de ser reparada através do incremento dos níveis de comunicação entre os membros que constituem o sistema familiar.

Dias & Durà (2001) afirma que o câncer de mama não é um problema exclusivo da mulher, mas da família como “unidade de tratamento”, sobressaindo o papel do companheiro como elemento mediador entre a doença e os filhos. Com efeito, quando existem filhos em idade escolar, o pai desempenha um papel fundamental no modo como lhes apresenta a doença da mãe e incentiva o diálogo e a compreensão. Esta interatividade, influenciada pelo nível de *stress* e de depressão do pai, torna-se decisiva para o desenvolvimento psicossocial das crianças e dos filhos adolescentes. Contudo, perante tal exigência, o pai pode ter, ou não, estrutura psicológica para suportar o *stress* a que está sujeito, bem como a capacidade para promover a negociação das vivências afetivas na estrutura interna da família.

Assim, a adaptação do cônjuge à doença da mulher e o seu ajustamento à nova situação, obriga-o a alterar a rotina diária, secundarizando o comportamento dos filhos, caracterizado, na generalidade, por sentimentos de revolta, tensão e ansiedade.

Sobre os aspectos biológicos e psicossociólogos do câncer de mama, surge a necessidade de serem levados a efeito estudos prospectivos que contemplem questões relacionadas com as dinâmicas familiares e os seus mecanismos de adaptação e ajustamento psicossocial à doença, na medida em que os membros que constituem a família nuclear poderão ser considerados como pacientes de segunda ordem (Dias & Durà, 2001).

O câncer de mama pode ser visto, então, como uma doença extremamente complexa que exige uma atitude crítica por parte da sociedade em geral, capaz de conduzir a família ao desempenho da sua grande tarefa, a de se constituir como agente de prestação de cuidados à doente e de suporte social próximo.

4.2 No âmbito da sexualidade

Ao se tratar do câncer de mama feminina, fala-se dos aspectos relacionados à função social do corpo da mulher. Nesse sentido, no universo simbólico, a mama é um elemento fundamental capaz de concentrar papéis da identidade feminina, como a sexualidade - incluída aí a sensualidade -, sendo os seios objeto de prazer e de desejo e um instrumento da feminidade diante da possibilidade, exclusivamente concedida à mulher, de amamentação.

A identidade sexual feminina, a função sexual e as relações sexuais podem ser dramaticamente afetadas, física e emocionalmente, pelas muitas

alterações e desafios que a mulher tem que enfrentar com o diagnóstico e tratamento de um cancro da mama.

Os fatores relacionados à identidade sexual feminina são:

- Feminidade
- Maternidade
- Erotismo
- Papel social

A **feminidade** pode sofrer uma agressão maior devido a várias razões biológicas:

1. A mama é um sinal proeminente tanto social como pessoal de feminidade

A imagem corporal é o parâmetro mais afetado pela cirurgia. O impacto a curto prazo depende do tipo de cirurgia realizada: lumpectomia versus mastectomia, com uma reconstrução imediata ou posterior e a necessidade ou não de radio ou quimioterapia adjunta. Os tratamentos mais conservadores não parecem modificar significativamente a qualidade de vida (QDV) nem a sexualidade feminina a longo prazo.

2. Linfedema do braço

Esta palavra indica um inchaço gradual do braço, no lado da mama afetada, devido a uma drenagem linfática reduzida. O linfedema pode causar um inchaço maciço do braço afetado. Em paralelo, diminui a competência funcional do braço, diminuindo assim a autonomia e independência, mais ainda se o braço afetado é o dominante. A imagem corporal desfigurada e a autopercepção podem ferir o sentido interno da feminidade, levando a uma depressão e a estratégias de afrontamento evitáveis.

3. Menopausa iatrogênica

A menopausa iatrogênica é uma menopausa antecipada causada por algum tratamento médico, como por exemplo a quimioterapia.

Quem sente principalmente o efeito da menopausa iatrogênica são as pacientes jovens, que em geral são mais vulneráveis ao impacto complexo do cancro da mama e aos estados biológicos que o seu tratamento pode conduzir, devido à perda dos anos férteis. Os estrógenos modulam a qualidade do envelhecimento tanto do cérebro como dos órgãos dos sentidos. A falta de estrógenos tem então um efeito negativo sobre estes objetivos sexuais e determinantes da libido.

A **maternidade** pode ser a origem de uma crise de identidade maior para 25% daquelas diagnosticadas durante a idade fértil. Pontos importantes que devem ser considerados em relação à maternidade:

- a concepção deve ser adiada pelo menos por dois anos após o tratamento do cancro da mama, já que o risco de recorrência está no seu ponto máximo durante este período de tempo;
- a fertilidade está variavelmente reduzida pela quimioterapia;
- a produção de leite está reduzida na mama irradiada.

Erotismo. O cancro da mama pode afetar a sensualidade, a atração sexual e a receptividade através:

- da agressão maior da cirurgia da mama sobre o erotismo mamário: em um estudo, 44% das mulheres com mastectomia parcial e 83% daquelas com reconstrução mamária reportaram que o prazer perante as carícias mamárias tinha diminuído.
- da menopausa. O sentido de erotismo de uma mulher pode afetar-se dramaticamente pelos seguintes **sintomas** menopausicos:

- Transpiração
- Alterações de humor
- Insônia
- Depressão
- Perda da libido
- Dificuldades com a excitação
- Dificuldades com o orgasmo
- Dispareunia

E sinais:

- Rugas
- Aumento de peso
- Imagem corporal modificada
- Secura oral
- Secura vaginal
- Pioria geral da resposta sexual

Outros efeitos que a quimioterapia pode ter sobre o sentido do erotismo feminino:

- uma tendência a desejar com menos frequência;
- mais secura vaginal e dispareunia, devido a mucosite sistêmica;
- maior dificuldade em alcançar o orgasmo.

Papel social. Pode representar uma área relativamente segura do cancro da mama, exceto na fase aguda ou nos casos mais severos e agressivos. Os sintomas que podem afetar socialmente as portadoras de cancer de mama são:

- redução de energia;
- *stress* psicológico;

- dificuldade para concentrar-se, recordar e de pensar claramente.

Sobre a relação sexual:

- diagnóstico de cancro é um fator de tensão para a relação do par;
- as mulheres e casais jovens podem ser particularmente vulneráveis. Estudos indicam que as mulheres jovens sentem mais tensão emocional que as mulheres mais velhas;
- os maridos jovens apresentam mais problemas ao levar a cabo os papéis domésticos e são mais vulneráveis a vários estressantes vitais que os maridos mais velhos;
- quando o cancro da mama é diagnosticado, as exigências da doença são sobreimpostas sobre as exigências normais da família e isto pode ter um impacto diferente sobre as relações familiares, dependendo da fase do ciclo vital familiar na altura em que é diagnosticado o cancro;
- a cirurgia da mama pode afetar a atração física e reduzir a facilidade com o jogo mamário, ainda que isto seja difícil de admitir abertamente uma vez que parece chocante e/ou insensível;
- a perda de estrógenos pode tornar também mais difícil a penetração devido à secura vaginal;
- a satisfação física e emocional masculina pode ser alterada quando o instinto está bloqueado por dificuldades físicas e inquietações emocionais.

Uma ajuda mais balanceada deve ser também dada aos parceiros das pacientes com cancro da mama. Se estes temas não são formulados espontaneamente pelos médicos durante a consulta, é necessária uma preparação cuidadosa de perguntas sobre o papel do parceiro para a superação dos problemas físicos e emocionais.

5.0 Aspectos psicossociais do câncer de mama

A mama é um órgão associado à identidade feminina, abrangendo características de sexualidade, feminidade e também amamentação. Quando acometida pelo câncer de mama, a paciente teme pelos efeitos agressivos do tratamento: queda de cabelo, comprometimento de imagem corporal, e perda do referencial anterior como mulher. Além do estigma da doença, a paciente sofre também o estigma do tratamento.

No caso da ocorrência de cirurgia, surgem temores em relação à mutilação e à perda da mama. Após receber o diagnóstico de câncer, a preocupação inicial é com a sobrevivência. Depois, as preocupações se relacionam com a tolerância aos tratamentos prescritos, questões econômicas e reintegração social da mulher mastectomizada. Nessa situação podem também surgir preocupações relacionadas à perda da feminidade, da atração sexual e ao desfiguramento.

A mutilação acarreta distúrbios de imagem corporal, e além de afetar a paciente traz também implicações ao cônjuge. É um processo peculiar de cada ser humano e aponta a relação do indivíduo com o mundo, através de como o corpo é sentido e percebido. Trata-se de um processo de constante dinamismo e mutação, e influencia as relações da pessoa consigo, com o ambiente e com seus semelhantes.

Segal (1994) afirma que o câncer de mama provoca alterações no universo biopsicossocial da mulher acometida e que a retirada da mama pode ocasionar vários danos. Após a mastectomia, a mulher pode vir a apresentar uma série de dificuldades ao reassumir a sua vida profissional, social, familiar e sexual. Dessa forma, para o universo pesquisado pela autora, esta fase (pós-cirurgia) é considerada extremamente difícil, longa e limitante para o exercício da sexualidade.

Com relação ao desempenho sexual após a mastectomia, foi aplicado um estudo onde as pacientes eram solicitadas a falar sobre sua vida sexual antes da doença, enfocando aspectos relacionados a frequência de relações, desejo por atividade sexual e sobre a presença de dor e secura vaginal durante a relação. Foram também privilegiadas questões referentes às mudanças em suas atitudes, nas atitudes dos maridos, e no comportamento sexual de ambos após a mastectomia. Esse estudo demonstrou que de vinte, nove mulheres apresentaram problemas no relacionamento conjugal, como a diminuição na frequência de relações sexuais. Neste grupo, também foram identificadas mudanças no comportamento sexual, em que as mulheres evitavam despir-se diante dos parceiros e serem tocadas pelos mesmos. A utilização de sutiã e camisa durante as relações sexuais também foram relatadas pelas pacientes. Esse estudo também conclui que o esclarecimento sobre as questões referentes à sexualidade, na fase pós-cirúrgica, não são habitualmente abordados nas práticas médicas de rotina. E a cada dia, cresce a necessidade desse esclarecimento, visto que é tido como fundamental para assegurar o bem-estar e a qualidade de vida das mulheres que vivenciam essa situação.

Segundo Rey (2003), “A representação social da sexualidade muda em cada época histórica concreta, e os elementos subjetivos que participam dessa mudança têm uma gênese muito diversa. Em cada momento histórico, em cada sociedade, nos diferentes estratos sociais e culturais de uma mesma sociedade, existe uma configuração diferenciada da sexualidade, que se expressa parcialmente nas representações sociais como uma das formas de subjetividade social. Junto a isto, cada sujeito concreto no marco dessas culturas ou grupos sociais expressa a configuração subjetiva da sexualidade de sua época de forma diferenciada e singular que, embora constituída dentro dos marcos da subjetividade social em que vive, representa, por sua vez, um momento de cisão dessa subjetividade social, que pode ser fonte de mudança da própria

subjetividade social ou de algumas das representações sociais que a caracterizam em um momento histórico concreto” (p. 135 e 136).

As pacientes geralmente se encontram em um estado emocional frágil, não tendo consciência de conflitos psíquicos, podendo-se esperar que tenham fantasias de sentimento de culpa por não ter procurado ajuda anterior, medo da morte pelo câncer, acompanhado de dor e sofrimento pela retirada do tumor na mastectomia, medo da perda do parceiro, comprometimento da sexualidade, possibilidade de diminuição de sua capacidade de sedução e de sua feminidade pela perda do órgão. Todos esses aspectos indicam a necessidade de apoio e acolhimento pelos integrantes da equipe de saúde, para que a paciente possa lidar melhor com as modificações em seu corpo que se refletem em muitos setores de sua vida.

Reações como negação, revolta, impotência, medo do desconhecido, da dor, da morte, do sofrimento físico e da dependência de outrem podem ser esperadas nos momentos cruciais ou situações-limites. Porém, apenas no contato analítico é que se poderá observar como a paciente irá reagir: em direção ao reestabelecimento ou à doença.

Inúmeros recursos de cirurgia plástica estão disponíveis para amenizar os sentimentos provocados pela alteração física relacionada à mastectomia. Porém a paciente deve estar informada sobre riscos e benefícios obtidos, além de participar e opinar no processo. A reconstrução de mama é algo que deve ser buscado por motivação pessoal e não pelo outro, pois é a vida da paciente que está em jogo, seus anseios e satisfações, desejos e frustrações.

O impacto de um diagnóstico de câncer necessita de elaboração, já que ainda carrega muitos aspectos do estigma de morte. O enfrentamento que a paciente adota está vinculado ao seu histórico pessoal e familiar. A estrutura

psíquica adquirida pela paciente ao longo de sua vida será de grande influência nos rumos dos tratamentos físico e psíquico.

O reforço psicológico é essencial no enfrentamento de tais situações, contribuindo para um preparo psicossocial, de informação e de fortalecimento egóico e afetivo visando atenuar as reações do tratamento, favorecendo a aderência.

“Depois de algum tempo você aprende que realmente pode suportar...

que realmente é forte, e que pode ir muito mais longe ...

E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida.”

William Shakespeare

METODOLOGIA

Turato (2003) considera que para falar sobre os métodos qualitativos no conjunto do empreendimento científico, são necessárias algumas definições como: **pesquisa** - uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente e; **pesquisa científica** - uma atividade essencialmente reflexiva e crítica, mas também uma prática social e conseqüentemente histórica. Os critérios de cientificidade dependem intrinsecamente de definições historicamente situadas sobre o que vem a ser ciência. Há um consenso de que este fazer-em-ciência é uma atividade metódica e que o **método científico**, em sua acepção mais geral, segundo Andery (1988) “é um conjunto de concepções sobre o homem, a natureza e o próprio conhecimento, que sustentam um conjunto de regras de ação, de procedimentos, prescritos para se construir conhecimento científico”. Surge, então, uma vasta literatura apresentando o método científico distinguido/demarcado em seu interior em métodos particularizados, como os dedutivos e indutivos, ou os quantitativos e qualitativos, sintético ou analítico, ou ainda outros mais aplicados a determinadas áreas do conhecimento (experimental, axiomático, dialético etc.).

Segundo Turato, método é um conjunto de regras que elegemos num determinado contexto para se obter dados que nos auxiliem nas explicações ou compreensões dos constituintes do mundo (coisas da natureza ou pessoas/sociedades); a metodologia, por sua vez, é a disciplina que se ocupa de estudar e ordenar (no possível) os muitos métodos que concebemos, suas origens históricas, seus embasamentos paradigmáticos acompanhados de suas relações teóricas, suas características estruturais e as especificidades de seus alvos. Ou em outras palavras, metodologia é a doutrina que estuda as técnicas de pesquisa próprias de um determinado campo do saber, enquanto método

refere-se ao próprio caminho a se viabilizar através de tantas técnicas existentes.

Segundo Gimenez (1997), a metodologia é um ramo da Filosofia que tem por objetivo o estudo do método geral da investigação científica, assim como dos métodos próprios de cada ciência em particular. Volta-se simultaneamente à consistência interna dos procedimentos – inserindo-se na questão maior da lógica – e à correspondência do conhecimento produzido às estruturas da realidade – desenhando-se, assim, como ramo da epistemologia. A epistemologia, segundo Bunge (1987) é o ramo da Filosofia que estuda a investigação e seu produto, o conhecimento científico. Desta forma, a questão metodológica traz embutida uma teoria do conhecimento que remete à questão mais geral – talvez central à Filosofia – da racionalidade.

É neste cenário maior, em que se situam a razão e a ciência como práticas sociais historicamente datadas, que se trava o debate sobre a pertinência e a cientificidade dos métodos qualitativos.

Moreira (2002) relata que a viabilidade ou não de trabalhar com a pesquisa não-experimental qualitativa ou, mais simplesmente, pesquisa qualitativa, dando-lhe o caráter de ciência verdadeira, tem despertado muitas controvérsias. Há dez ou vinte anos, a tradição quantitativa condenava a pesquisa qualitativa como sendo impressionista, não objetiva e não científica. Ainda hoje, muitos pesquisadores, acostumados com a tradição experimental e dos grandes levantamentos amostrais, ainda conservam tal ponto de vista. No entanto, e com grande dificuldade, a pesquisa qualitativa vai abrindo seus próprios caminhos.

A pesquisa qualitativa abdica total ou quase totalmente das abordagens matemáticas no tratamento dos dados, trabalhando preferencialmente com a

palavra oral e escrita, com sons, imagens, símbolos, etc. (Moreira, 2002). A abordagem dessa pesquisa é chamada genericamente de interpretacionismo.

Os interpretacionistas afirmam que as pessoas são diferentes dos objetos e que o estudo do comportamento humano, conseqüentemente, requer uma metodologia que leve em conta tais diferenças. Os interpretacionistas enxergam a vida humana como ativamente construída pelas pessoas em contato com as outras. O comportamento humano é visto como interativo e interpretativo. Os procedimentos metodológicos básicos apropriados são do tipo etnográfico, tais como observação participante, observação e entrevistas abertas (Moreira, 2002).

No entanto, o estudo do comportamento humano para os interpretacionistas é o estudo das experiências vividas de cada um e a experiência humana estriba-se nos sentidos, interpretações, atividades e interações das pessoas.

Em algumas disciplinas, os métodos qualitativos têm longa tradição. É o caso da Antropologia, fundada a partir do método etnográfico que se apóia em grande parte na observação participante e em entrevistas, muito embora possibilite a convivência com procedimentos quantitativos (Gimenez, 1997). Noutras, como na Psicologia, a sua tradição qualitativa é calcada fundamentalmente na Fenomenologia.

No entanto, existe uma proposta metodológica não somente teórica, mas também, prática e concreta de uma união seletiva, entre duas áreas metodológicas densas. De um lado, as concepções epistemológicas dos métodos qualitativos (compreensivo-interpretativos) de pesquisa desenvolvida a partir das Ciências do Homem e, de outro lado, os conhecimentos e as atitudes clínico-psicológicas desenvolvidos tanto no enfoque psicanalítico das relações

interpessoais, como historicamente no campo da prática da medicina clínica denominada pesquisa clínico-qualitativa (Turato, 2003).

E, como força motora para o cientista na pesquisa clínico-qualitativa, está sua consentida atitude existencialista, isto é, aqui o pesquisador percebe, em si, angústias e ansiedades de âmbito pessoal, deixa-se mover deliberadamente por elas para buscar a compreensão profunda das questões humanas e, identificando-se com o outro (o sujeito-alvo de seu estudo), acolhe as angústias e ansiedades deste (Turato, 2003). Marx escreveu genericamente sobre o homem: é um ser que sofre e, porque sente o seu sofrimento, um ser impulsivo. A emoção intensa, a paixão é a faculdade do homem esforçando-se energicamente por alcançar o seu objetivo.

Turato apresenta uma ampla definição do método clínico-qualitativo:

“A partir das atitudes existencialistas, clínica e psicanalítica, pilares do método, que propiciam respectivamente a acolhida das angústias e ansiedades do ser humano, a aproximação de quem dá a ajuda e a valorização dos aspectos emocionais psicodinâmicos mobilizados na relação com os sujeitos em estudo, este método científico de investigação, sendo uma particularização e um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das ciências humanas, e pondo-se como recurso na área da psicologia da saúde, busca dar interpretações a sentidos e a significações trazidos por tais indivíduos sobre múltiplos fenômenos pertinentes ao campo do binômio saúde-doença, com o pesquisador utilizando um quadro eclético de referências teóricas para a discussão no espírito da interdisciplinaridade”.

As técnicas adotadas numa pesquisa qualitativa são:

- observação participante
- entrevista
- método da história de vida

A observação participante pode ser conceituada como uma estratégia de campo que combina ao mesmo tempo a participação ativa com os sujeitos, a observação intensiva em ambientes naturais, entrevistas abertas informais e análise documental (Moreira, 2002).

O produto fundamental da observação participante é o que se conhece por relato etnográfico. Este constitui-se de relatos detalhados do que acontece no dia-a-dia das vidas dos sujeitos e é derivado das notas de campo tomadas pelo pesquisador.

Nessa técnica, o pesquisador deve imergir nos mundos de seus sujeitos, tentar apreender os sentidos simbólicos que as pessoas definem como importantes e reais e buscar entender como os sujeitos vêem as suas próprias situações e como constroem suas realidades.

De acordo com Moreira (2002), as entrevistas podem ser definidas como uma conversa entre duas ou mais pessoas com um propósito específico em mente. As entrevistas podem ser: completamente abertas ou não estruturadas; semi-estruturadas ou parcialmente abertas; fechadas ou completamente estruturadas.

Histórias de vida é um método que busca a visão da pessoa acerca das suas experiências subjetivas em certas situações. Estas situações estão inseridas em algum período de tempo de interesse ou se referem a algum evento ou série de eventos que possam ter tido algum efeito sobre o respondente. O entrevistado faz uma descrição em primeira mão de sua vida ou de alguma parte dela (Moreira, 2002).

Como método para a coleta de dados, pode-se usar, além da entrevista aberta, documentos, como: diários, vídeo, som, palavra escrita. O objetivo do pesquisador é registrar as histórias dos sujeitos tal qual eles as contam – a sua “definição da situação”.

A fim de atingir os objetivos propostos, optou-se por realizar a pesquisa clínico-qualitativo, através da utilização de estudo de caso, o qual permite um aprofundamento e uma ampliação do campo de análise.

Isto porque o estudo de caso permite a investigação de um fenômeno contemporâneo da vida real do indivíduo, como também esclarece sobre as interferências das características individuais e do contexto sócio-familiar nos acontecimentos da vida do paciente em particular. Soma-se a isso a possibilidade de articulação da teoria com os dados obtidos durante a realização do estudo, ampliando, assim, a análise de novos elementos, uma vez que o conhecimento não é algo acabado, mas sim algo que se constrói a cada instante em nossas vidas.

Para isso, realizou-se a técnica de **história de vida** adotando como método de coleta de dados a **entrevista aberta**, onde a função do pesquisador é ouvir e entender. Pois, somente as questões abertas, ou seja, marcadas por uma relação apenas proposta de tópicos, sem delimitar respostas preestabelecidas, são compatíveis com a própria definição da abordagem qualitativa. Se queremos interpretar os sentidos e as significações que as pessoas trarão a partir do assunto proposto, jamais poderíamos “fechar” antecipadamente suas respostas em alternativas, porque deste modo nós mesmos é quem as construiríamos a partir de nossa visão teórica.

A opção pela vertente qualitativa em pesquisa tem, talvez, o mérito de tornar mais claro o quanto compartilhamos com os nossos participantes todos os problemas e possibilidades de dar sentido ao mundo.

A contribuição mais óbvia das pesquisas qualitativas sobre o câncer é a possibilidade de aprofundar a compreensão da produção de sentido diante das experiências reais ou potenciais da doença. Situar melhor o ponto de vista dos participantes tem implicações teóricas e práticas.

DISCUSSÃO

O câncer traz consigo uma série de associações simbólicas, que podem afetar profundamente a maneira como as pessoas percebem sua doença. A representação do câncer, como um mal, exprime um sentimento de desvalorização social; dessa forma, a doença não é apenas um desvio biológico, mas também um desvio social, onde o doente se vê como um ser socialmente desvalorizado.

Enfrentar o preconceito de viver com uma doença estigmatizante é o resultado de como a paciente estudada no presente trabalho, I.A.S., percebe, avalia e interpreta a situação vivida por ela (cf. apêndice).

Como o câncer é uma doença que afeta profundamente a pessoa acometida e as que fazem parte de suas relações, e como também ainda hoje tem uma conotação de contágio e terminalidade, foi identificada no discurso da paciente a presença da discriminação.

“...De repente eu me senti discriminada, que não tem mais lugar pra mim igual tinha, me sinto discriminada porque realmente quem tem câncer é uma pessoa discriminada. Todo mundo que olha assim diz: nossa, que horror! Não é? Todo mundo pensa assim. Ainda tem gente que diz assim, que não quer nem falar o nome porque pode acontecer, entendeu? Tem gente que não fala nem o nome. É uma doença que causa medo porque não tem cura.”

“...É uma discriminação que quem tem essa doença está num grupo que é um grupo de risco.”

“.... De repente, pessoas que eu nunca tinha falado, ia lá em casa só pra me olhar, não era pra conversar. Era só pra olhar de curiosidade, iam olhar só para ver como ficou, se ficou bonito ou feio”.

O câncer é simbolicamente representado no imaginário popular pelas crenças tradicionais sobre a natureza moral da saúde, da doença e do sofrimento humano, e traz, para as pessoas acometidas, dificuldades para elaborar uma imagem satisfatória da doença, visto que é percebida por todos como o próprio mal.

“Eu sei como os próprios médicos chamam, é uma doença maligna...”

Assim, a doença é constantemente vista como a perda do poder físico ou da dignidade humana, fato que se traduz na prepotência dos sadios e que acentua a desigualdade social.

Dessa forma, observa-se que a paciente estudada explicita em seus depoimentos o constrangimento por ser portadora de uma doença impregnada de preconceitos.

A discriminação foi identificada por essa paciente, e também a possibilidade da recorrência da doença, quando traz em seu discurso a falta de credibilidade na cura. A interpretação dessa possibilidade está baseada na construção social da doença, na realidade vivenciada, ou seja, o câncer ainda é uma doença fundamentalmente incurável; portanto, seu futuro passa a ser incerto.

“...É uma doença que causa medo porque não tem cura.”

“...Porque esse bichinho ele é teimoso. Ele acaba mais ele volta...”

Assim, entende-se que a discriminação é motivo de constrangimento para as mulheres com câncer e, às vezes, dificulta o enfrentamento da doença, visto

que, repetidamente, percebem o caráter incerto do diagnóstico, tratamento e recuperação, deixando clara a desigualdade a que serão expostas a partir do diagnóstico da doença.

A mama é um órgão associado à identidade feminina. Quando acometida pelo câncer de mama, a paciente teme pelos efeitos agressivos do tratamento: queda de cabelo, comprometimento de imagem corporal, e perda do referencial anterior como mulher. Além do estigma da doença, a paciente sofre também o estigma do tratamento. Durante o discurso da paciente, percebeu-se uma preocupação com os efeitos colaterais da quimioterapia, principalmente com a perda do cabelo.

“...Dizem que tem uma reação terrível. Assim que eu terminar de fazer a cirurgia, eu vou pra casa e já vou cortar eu meu cabelo bem baixinho porque cai cabelo, né? Aí eu já vou deixar ele bem baixinho pra quando cair... eu acho que eu vou ficar preocupada com a perda do cabelo. Vou ter que andar com um lenço na cabeça. É o jeito, né? (...) Demora quanto tempo pra crescer de novo o cabelo?”

Durante a entrevista foi notado que ao ser perguntada sobre o seu marido, a paciente mudava de assunto. Durante a entrevista a paciente relatou que sempre esteve separada do marido, mas que, entretanto, moravam na mesma casa.

“Não, não, não querida! Essa parte aí a gente não tem intimidade há muitos anos. Nós passamos a vida todinha separados. Ele só veio morar comigo uns 8 a 10 anos pra cá porque ele tava doente, aí minhas filhas queria ver ele bom, aí ele foi lá pra casa. A casa é grande, ele tem o quarto dele, eu tenho o meu”

Foi notado que a paciente não tem relações íntimas com seu marido há anos. Assim, os problemas ligados à sexualidade que a doença geralmente

acarreta não ocorrem no caso em estudo. Dessa forma, a maior preocupação da paciente é curar sua doença e voltar para a vida que tinha antes. Os desejos relatados – viajar, passear, etc. – demonstram que a paciente tem uma atitude positiva perante o câncer.

“Depois dessa doença aí, eu queria continuar a minha vida do jeito que ela era, porque todos os anos eu viajava. Vou pra um lugar, vou pra outro, eu passeio muito. Eu gosto muito da beira-mar, eu gosto muito de ir pra lá. Eu gosto muito disso...”

A paciente tenta explicar o aparecimento da doença como decorrente de uma condição interna do organismo ao afirmar:

“O porque que me causou essa doença eu não sei não. Eu sei como os próprios médicos chamam: é uma doença maligna! Eu penso que essa genes, que a pessoa já nasce com a genes e que pode desenvolver, e quando tem câncer é porque já tem mais de 10 anos ali...”

A paciente demonstra desconhecimento quando levanta a hipótese da gênese da doença, como decorrência de uma condição interna do organismo.

Nesse contexto, encontrar a causa do câncer de mama tem uma importante implicação, a longo prazo, para os acometidos. Essa busca de significado pode torná-los aptos a conhecer melhor sua situação, propiciando-lhes domínio e controle sobre futuras recorrências. Dessa forma, a atribuição causal pode ser importante porque, freqüentemente, determina os tipos de estratégias adotadas pelos pacientes para seu ajustamento e alterações do seu estilo de vida.

Durante o período do diagnóstico, do tratamento e da retomada do cotidiano existe tempo suficiente para pensar, repensar, rever valores e conceitos e analisar o sentido da vida que se viveu até então.

Passa-se a observar e entender melhor o significado de coisas simples, valorizando-se prioritariamente os aspectos não-materiais – o **ser**, ficando em segundo plano os aspectos materiais, o **ter**. Foi possível notar esse comportamento na paciente, onde ela deu mais importância à espiritualidade depois da descoberta do câncer.

“Essa doença pra mim, eu me sinto assim, mais próxima de Deus. Pra mim eu tive que, como dizer, tive que ter uma fé que eu não tinha muita preocupação com ela. Depois disso eu tenho muita fé e confiança em Deus. Eu vi o seguinte, eu vi que não adiantava eu querer continuar coisas aqui nessa vida não, eu precisava me aproximar de Deus. Então eu procurei as promessas de Jesus Cristo e pra mim Ele é muito enfático nas promessas Dele. Ele nos diz que essa vida aqui é apenas uma passagem e Ele diz que tem uma outra vida depois dessa.”

“Eu sou evangélica mais eu nunca fui de ir muito pra igreja. Depois dessa doença eu comecei a levar a sério. Procurar a entender mais, a me voltar mais para a espiritualidade. Também a aceitar o mundo de forma mais diferente, sem preconceito, aceitar mais as pessoas cada um como são, sem olhar os defeitos, não achar que seja defeito porque todo mundo está em transformação.”

Voltar-se completamente para o lado religioso é um comportamento que, de alguma forma, funciona como uma espécie de autoproteção contra a difícil realidade e um meio de sobreviver às adversidades.

Segundo Kluber-Ross (1977), o diagnóstico do câncer pode levar a reações de negação, raiva, depressão, barganha, e aceitação. Nota-se que a paciente está no estágio da aceitação.

O valor do que reconhecemos como dignidade humana é um norteamento na ética. Pede-se consideração, respeito e dignidade da pessoa,

não do corpo ou do espírito, mas da pessoa, total e única, na sua organização vital, de vida relacional.

A observação da ética pode prevenir injustiças pessoais e sociais e deve-se a ela o desenvolvimento da cidadania do homem e, atualmente, a tentativa de se humanizar os atendimentos nos hospitais públicos.

Humanizar é respeitar o paciente e seus familiares, os quais querem ser ouvidos e atendidos em suas necessidades, visto que o caminho da doença gera no ser humano sentimento de impotência e fragilidade.

Durante a entrevista, a enfermeira entrou no quarto e dirigiu-se à paciente de maneira ríspida, avisando que sua cirurgia fora antecipada e que deveria se arrumar rapidamente para ir ao centro cirúrgico.

Enfermeira: “a senhora vai agora, tá? Vai antecipar, tem que tirar tudo, colocar a camisola porque a gente vai ter que ir bem rápido pra sala de cirurgia, senão perde a sua vez.”

Paciente: “eu não vou ter que ir nua pra cirurgia, vou?! Não dá tempo de nem tomar banho?”

Cuidar é muito mais que um ato, é uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro, exigindo compromisso dos profissionais enfermeiros para com o semelhante. A enfermagem não pode nem deve dimensionar só a doença, mas o indivíduo como um todo, o qual, por estar doente, precisa de cuidado pessoal e especial.

É importante discutir e buscar a conscientização de todos, principalmente dos que trabalham nos hospitais e que lidam diretamente com os pacientes, objetivando o resgate e o direito de cidadania dessas pessoas.

CONCLUSÃO

A apreciação feita através dos dados desta pesquisa, sobre o aspecto psicossocial do câncer de mama, sinaliza possibilidades de desenvolvimento de intervenções efetivas direcionadas à assistência psicológica.

De acordo com a literatura, o diagnóstico do câncer de mama desencadeia uma série de conflitos emocionais, em que a morte e a perda da mama, neste momento, passam a representar uma ameaça constante para a vida da mulher acometida.

Há dois momentos que são considerados marcantes pelas mulheres acometidas pelo câncer. O primeiro é caracterizado pela descoberta do câncer, que envolve também o diagnóstico e tratamento em que a batalha pela manutenção da vida é bastante evidente. Num segundo momento, que envolve o período pós-cirúrgico, há uma retomada do cotidiano das mulheres após a superação do medo da morte. A partir do retorno aos relacionamentos sociais, atividades de lazer, trabalho e família surgem as preocupações relacionadas ao próprio corpo. Nesses contatos sociais ocorrem um defrontar-se com a realidade, fazendo com que as mulheres passem a reavaliar suas potencialidades e as formas diferenciadas de relacionar-se com o próprio corpo e com os outros.

Viver com uma doença estigmatizante, conviver com sentimentos negativos e enfrentar preconceitos significou para a paciente avaliada se deparar, constantemente, com incertezas e possibilidades de recorrência da doença. Ficou patente a importância dos profissionais de saúde na tarefa de ajudá-la a compreender e lidar com seus sentimentos, expectativas e estratégias de ajustamento.

A trajetória da doença varia de acordo com o paciente, pelas particularidades de cada um em relação à doença, ao tratamento e também pela influência do contexto sócio-cultural e familiar.

O desafio, então, é ensinar a essas mulheres como conviver com futuros imprevisíveis e com o medo da recorrência, mesmo após a fase da cirurgia e dos tratamentos adjuvantes.

Ao término deste trabalho, pode-se dizer que o seu desenvolvimento foi extremamente desafiador e enriquecedor, pois foi permitido adentrar à vida de pessoas sofridas porém sempre disponíveis a se doarem. Essa união de esforços, que envolveu participação e compromisso entre a paciente e a pesquisadora, foi de suma importância para que este estudo fosse realizado.

Tratar de um paciente oncológico exige de cada profissional da equipe multidisciplinar uma visão sistêmica, incluindo seu contexto social, seus papéis e relações até o tratamento clínico propriamente dito, com suas intercorrências. Há que se considerar o paciente em sua totalidade.

Sabemos que os hospitais são organizações complexas e permeadas por variáveis ambientais, tecnológicas e administrativas, mas essencialmente formada por pessoas. São unidades sociais com o objetivo específico de tratamento e cura de pacientes. Sob esse enquadre, há que se buscar a dignidade do atendimento ao paciente em toda e qualquer dependência sob a qual se encontre. Contudo, nem sempre os profissionais têm essa visão sistêmica do hospital e da importância de seu papel neste contexto. Por isso, é fundamental que se forme um trabalho de equipe que valorize a competência de cada um, em prol da saúde humana.

Isto só é possível se nos disponibilizamos a aprender com o outro. O primeiro passo depende de nossa capacidade de perceber e reconhecer nossos

limites e alcances antes de perceber e compreender o outro. Daí iniciamos um processo verdadeiro de troca.

Compreender o paciente, incluindo sua “doença”, significa ter a capacidade real de se colocar em seu lugar. Infelizmente, essa prática nem sempre é freqüente, visto que só entendemos uma “dor” quando somos o sujeito passivo da ação. Muitas vezes, desempenhamos o papel profissional de forma mecanizada e sem vínculo, justificado pela grande demanda de pacientes, esquecendo-nos do significado da promoção de saúde em seu sentido mais pleno.

Estender a mão, escutar suas queixas e necessidades, adequar a comunicação ao paciente, cria o *setting* necessário para o trabalho do terapeuta. Do apoio à escuta psicológica, o profissional com seu “saber específico” deve objetivar uma atenuação na dicotomia mente-corpo, visualizando o paciente em sua globalidade e integridade bio-psico-social, considerando-o essencialmente como “ser humano”.

Quando afirmo que este trabalho me enriqueceu, é porque tratei da vida humana, que me remeteu a uma grande responsabilidade e que me fez crescer ao compartilhar as dores de um paciente.

"De tudo, ficam três coisas:

A certeza de que estamos sempre começando,

A certeza de que é preciso continuar

E a certeza de que podemos ser interrompidos, antes de terminarmos.

Fazer da interrupção um caminho novo,

da queda um passo de dança,

do medo uma escada,

do sonho uma ponte,

da procura um encontro..."

Fernando Pessoa

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ballone, G.J. & Pereira, N.E. Da emoção à lesão. São Paulo: Manole, 2002.

Célia Maria Nascimento-Schulze. Dimensões da dor no câncer: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde. Editorial Probel, São Paulo, 1997.

Dias M.R & Durà E. Territórios da Psicologia Oncológica. Climepsi Editores, 2001.

Gimenez, M.G.G. A mulher e o Câncer. Editorial Psy, 1997.

Kübler-Ross, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo. Edart, 1977.

Kushner, Rose. Por que eu? O que toda mulher deve saber sobre o câncer de seio. São Paulo: Summus, 1981.

LeShan, L. O câncer como ponto de mutação. 3ª edição, São Paulo, Summus, 1992.

LeShan, L. Brigando pela vida: os aspectos emocionais do câncer. São Paulo: Summus, 1994.

Levi, Mônica. Um novo começo: encontrando o amor. São Paulo: gente, 1993.

Marx, A.G. & Camargo, M.C. Reabilitação física no câncer de mama. São Paulo: Roca, 2000.

Matos, L. A experiência da morte. s.d.b

Moreira, D. A. O método fenomenológico na pesquisa. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

Pasini, W. - Intimidade, muito além do amor e do sexo – tradução Mário Fondelli. Rio de Janeiro: Rocco, 1996.

Rey, F. L. G. - Pesquisa Qualitativa em Psicologia: Caminhos e desafios – tradução Marcel Aristides Ferrada Silva, revisão técnica Rey, F. L. G. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002

Rey, F.L.G. Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

Rüdiger, Dahlke. A doença como linguagem da alma: os sintomas como oportunidades de desenvolvimento. São Paulo: Cultrix, 1992.

Santos, Fernanda. Tire essa mágoa do peito. 2ª edição, São Paulo, Ed. Gente, 1999.

Segal, S.M. Mastectomia – mantendo sua qualidade de vida após o câncer de mama. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1995.

Simonton, O.C, & Colaboradores. Com a vida de novo: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer. São Paulo: Summus, 1987.

Turato, E. R. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Editora Vozes Ltda, Petrópolis – RJ, 2003.

APÊNDICE

Nome: I.A.S

Idade: 59 anos

Residência: Taguatinga

Religião: evangélica

Profissão: aposentada

Quando você fez a cirurgia?

“Fiz a cirurgia em março desse ano, aí deu uma infecção, aí teve que cortar de novo, deixar aberto, depois sarou tudo mais aí ele disse que colou a pele porque aqui no peito da gente é mole, aí ficou tudo colado, aí agora eu vou ter que fazer uma reparação”.

Você retirou a mama toda?

“Todinha. Tiraram minha mama toda”

Sua família mora aqui?

“Família toda mora aqui. Filhos, marido, netos”.

Você tem quantos filhos?

“São três filhos, quatro netos”.

E o marido?

“e o marido.”

E como está o marido?

“Bom, eu noto que ele está bem nervoso. Está mais do que eu”.

E ele está te dando apoio?

“Tá, tem minhas filhas que também são enfermeiras. Tem uma que está em resguardo, ganhou neném agora e a outra, essa daí vem ficar comigo hoje depois que eu sair da cirurgia”.

E seu marido vem aqui te ver?

“Ele não pode! Aqui é local feminino, reduto feminino mais a minha filha vem!”

Depois que você retirou a mama, como o seu marido reagiu?

“Ah, não teve esse problema lá em casa que as pessoas falam que o homem reage de modo não sei o quê, isso aí ele não teve não. A única coisa que ele ficou muito preocupado foi com o meu problema”.

E os seus vizinhos?

“Ah, agora com os vizinhos foi terrível. Minha vizinha, logo uma cabeleireira. A cabeleireira minha filha se encarregou de contar o problema pra todo mundo. De repente pessoas que eu nunca tinha falado, ia lá em casa só pra me olhar, não era pra conversar. Era só pra olhar de curiosidade, iam olhar só para ver como ficou, se ficou bonito ou feio. Também quem contou foi a cabeleireira, é a função

de cabeleireira. Assim que eu operei minha filha foi lá e contou para ela assim... minha mãe foi operada, ela teve que tirar a mama. Mais ela é boa alma. Ela gosta de ajudar, se precisar fazer alguma coisa”.

E os vizinhos que você conhecia como reagiram?

“As que eu conhecia, essas foram muito solidárias”.

Você estava trabalhando?

“Não, eu estou aposentada a muito tempo”.

Onde você trabalhava?

“Eu trabalhava em escritório, na área de pessoal. Eu trabalhava com o público mais já tem muito tempo”.

E como você está?

“Graças a Deus eu estou tranqüila. Eu tinha assim, um pouco de receio da quimioterapia e da radioterapia”.

E você fez?

“A quimioterapia ainda não fiz não, a radioterapia eu fui dispensada porque eu não tinha 2 cm, então não é considerado pra radioterapia, só a partir de que não sei que tamanho lá que começa com radioterapia. Essa menina aí tem 5,5 cm. O dela tá grande. Da primeira cirurgia eu não tomei quimioterapia. Só vou tomar dessa cirurgia”.

E você está preocupada com a quimioterapia?

“Não estou tão preocupada assim não porque eu penso também que não vai ser muita sessão. Eu acho que eu vou tomar no máximo seis, mais a doutora indicou quatro. Dizem que tem uma reação terrível. Assim que eu terminar de fazer a cirurgia, eu vou pra casa e já vou cortar eu meu cabelo bem baixinho porque cai cabelo né, aí eu já vou deixar ele bem baixinho pra quando cair... eu acho que eu vou ficar preocupada com a perda do cabelo. Vou ter que andar com um lenço na cabeça. É o jeito né?! Porque esse bichinho ele é teimoso. Ele acaba mais ele volta. Demora quanto tempo pra crescer de novo o cabelo?”.

Quando você terminar as sessões de quimioterapia o seu cabelo volta a crescer.

“porque parece que eu vou tomar quatro, tomar quatro ou tomar seis, não sei. Se for seis vai ser seis meses, é uma por mês. Então depois de meio ano começa a crescer. Mais isso é o de menos né. Tenho que me preocupar de curar porque eu vou te contar nunca me vi doente, meu Deus do céu! Como é que foi acontecer isso com todo mundo assim agora hein?! Tanto de mulher com problema”.

Como foi que você descobriu que estava com câncer?

“Eu tava lá em Maceió e senti assim aquele formigamento no bico do peito, uma coceira no bico do peito tão terrível só em um, no outro não, aí deu aquelas propagandas de mama na televisão aí tinha um médico que estava explicando aí ele disse: olha as mulheres quando notar formigamento no bico do peito, coceira deve correr e ir no médico porque alguma coisa estranha está acontecendo. Porque se está coçando, formigando tem alguma coisa lá dentro que está querendo sair aí eu corri e fui no médico. O médico mandou eu fazer mamografia aí eu fiz e não deu nada. Aí eu vim pra Brasília, chegando aqui fui

no médico novamente, o médico mandou fazer a mesma coisa. Eu ia sempre em médico homem aí minha filha falou: vamos ir numa médica mulher, mulher tem peito ela sabe mais ou menos. Os médicos não encontravam nada, aí a médica com aqueles dedinhos finos encontrou um leve carocinho e era realmente mais difícil pra mim encontrar. Era pequeno, não chegava a 1 cm. Aí eu fiz a punção, aquela agulha é terrível, é pior que a operação. Eu fiz 3 biópsia. O resultado deu maligno. O caroço cresceu um pouco porque eu comecei a sentir ele. Aí a cirurgia de tirar a mama foi em março. Pelo normal, não precisava tirar a mama porque o caroço era de 2 cm, não era pra tirar mais pelo tipo de câncer, aquele invasivo aí tem que tirar”.

Como ficou a sua intimidade com o seu marido depois da mastectomia?

“Não, não, não querida! Essa parte aí a gente não tem intimidade há muitos anos. Nós passamos a vida todinha separados. Ele só veio morar comigo uns 8 a 10 anos pra cá porque ele tava doente, aí minhas filhas queria ver ele bom, aí ele foi lá pra casa. A casa é grande, ele tem o quarto dele, eu tenho o meu”

Qual é a sua perspectiva de vida agora?

“Depois dessa doença aí, eu queria continuar a minha vida do jeito que ela era porque todos os anos eu viajava, vou pra um lugar, vou pra outro, eu passeio muito. Eu gosto muito da beira-mar, eu gosto muito de ir pra lá. Eu gosto muito disso. Meus filhos já estão tudo criado, só tem o mais novo que mora comigo, esse não está casado ainda e está desempregado”.

O que mudou na sua vida depois dessa doença?

“Essa doença pra mim, eu me sinto assim, mais próxima de Deus. Pra mim eu tive que, como dizer, tive que ter uma fé que eu não tinha muita preocupação

com ela. Depois disso eu tenho muita fé e confiança em Deus. Eu vi o seguinte, eu vi que não adiantava eu querer continuar coisas aqui nessa vida não, eu precisava me aproximar de Deus então eu procurei as promessas de Jesus Cristo e pra mim Ele é muito enfático nas promessas Dele. Ele nos diz que essa vida aqui é apenas uma passagem e Ele diz que tem uma outra vida depois dessa”.

Qual a sua religião?

“Eu sou evangélica mais eu nunca fui de ir muito pra igreja. Depois dessa doença eu comecei a levar a sério. Procurar a entender mais, a me voltar mais para a espiritualidade. Também a aceitar o mundo de forma mais diferente, sem preconceito, aceitar mais as pessoas cada um como são, sem olhar os defeitos, não achar que seja defeito porque todo mundo está em transformação”.

O que essa doença significou pra você?

“O que ela significou pra mim foi assim como fosse uma pancada, uma pancada muito grande que eu recebi. De repente eu me senti discriminada, que não tem mais lugar pra mim igual tinha, me sinto discriminada porque realmente quem tem câncer é uma pessoa discriminada. Todo mundo que olha assim diz: nossa! Que horror! No é? Todo mundo pensa assim. Ainda tem gente que diz assim que não quer nem falar o nome porque pode acontecer entendeu, tem gente que não fala nem o nome. É uma doença que causa medo porque não tem cura.

Tem sim.

“existe equipe médica no mundo todo trabalhando pra solução e está assim num avanço muito grande. Eu tenho visto isso direto porque lá em casa tem tv a cabo então eu assisto muito essa parte ”.

Você se sentiu discriminada pelas pessoas ou por ter essa doença?

“A discriminação que existe não é uma discriminação racial. É uma discriminação que quem tem essa doença está num grupo que é um grupo de risco. É isso. Essa discriminação é isso”.

O que você acha que causou essa doença?

“o porque que me causou essa doença eu não sei não. Eu sei como os próprios médicos chamam é uma doença maligna. Eu penso que essa genes, que a pessoa já nasce com a genes e que pode desenvolver e quando tem câncer é porque já tem mais de 10 anos ali. Eu falo pra minhas filhas fazer a mamografia como prevenção e se informar pra poder cuidar delas.

Enfermeira: “a senhora vai agora tá, vai antecipar, tem que tirar tudo, colocar a camisola porque a gente vai ter que ir bem rápido pra sala de cirurgia, senão perde a sua vez”.

Paciente: “eu não vou ter que ir nua pra cirurgia, vou?! Não dá tempo de nem tomar banho?”

Obs: a cirurgia foi antecipada por desistência de uma paciente. A cirurgia da I.A.S estava marcada para as 13 horas e foi antecipada para 10 horas da manhã.